附件2

|  |
| --- |
| **驻马店市第二人民医院****公开招聘专业技术人员报名登记表** |
| 报名序号： |  | 报考岗位编号： |  | 填表日期： | 年 月 日 |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 学 　历 |  | 学位 |  | 毕业时间 |  |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 身份证号 |  |
| 医师资格证书编号 |  | 执业医师证书编号 |  |
| 职称证及证书编号 |  | 联系电话 |  |
| 本人简历 |  |
| 本人对所填写的个人信息和所提供相关材料的真实性负责，如与事实不符，招聘单位有权取消报考资格，由此导致的后果由本人承担。 签名：  |

备注：请将近期免冠电子证件照插入照片栏内。报名序号由工作人员填写。